

Beitrag zur Operationsprognose bei Lippenkrebs

Inaugural-Dissertation

verfaßt und

der Hohen medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde

vorgelegt von

Karl Brenneis

aus

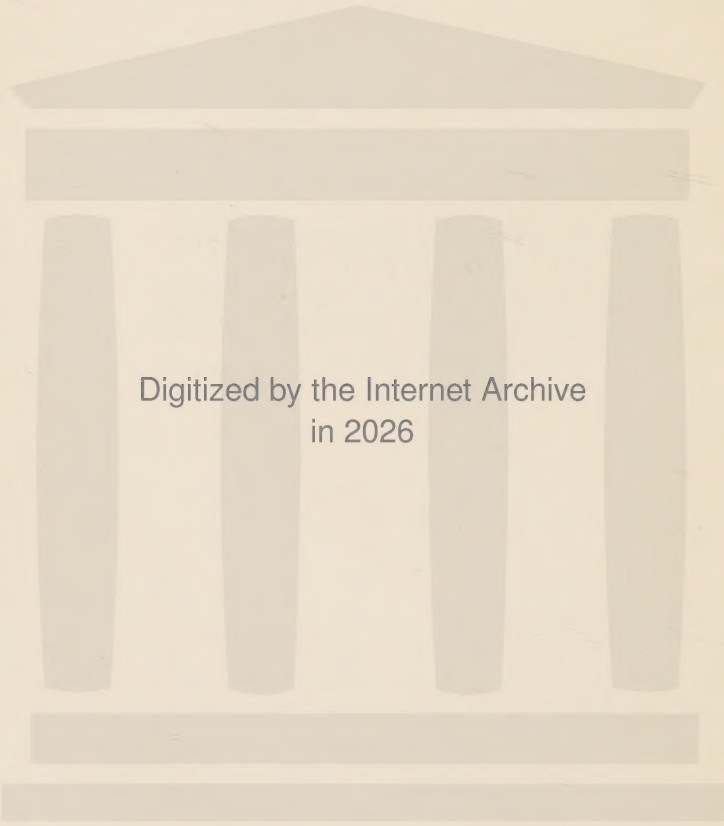
Kaiserslautern.

Würzburg
Werkbunddruckerei
1929

Referent: Professor Dr. Seifert

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg und mit Genehmigung der
Fakultät gedruckt.**

Meinem lieben Vater



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Literaturverzeichnis.

- Borst, Max, Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste aus Zweifel-Payr. (1924).
- Beresow, E. L., Über die Entfernung der Unterkieferspeicheldrüse bei der Operation des Unterlippenkrebses. Archiv f. klinische Chirurgie, Bd. 151. 1928.
- Beresow, E. L., Über die Entfernung der Unterkieferspeicheldrüse und Lymphdrüse bei der Operation des Unterlippenkrebses. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 1929. II. Bd.
- Ebel, Hermann, Zur Statistik des Karzinoms der Unterlippe. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 40. 1903.
- Fricke, Theodor, Beiträge zur Statistik des Lippenkrebses. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 50. 1899.
- Koch, Carl, Beitrag zur Statistik des Carzinoma labii inferioris. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 15. 1881.
- Wörner, A., Über die Endresultate der Operation des Lippenkrebses. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. II. 1885.
-

Immer noch ist der Krebs eine der gefürchtetsten Krankheiten für Laien wie für Ärzte. Vieles Leben ist diesem furchtbaren Zerstörer schon zum Opfer gefallen. Viele Theorien wurden im Laufe der Jahre aufgestellt, viel wurde gestritten, alles zur Heilung versucht, aber bis heute bleibt das Messer, rechtzeitig und gründlich angewandt, das beste Mittel gegen den Krebs. Leider ist es noch nicht möglich, jeden Krebskranken durch die Operation zu retten. Denn die wichtigste Bedingung, den kranken Herd vollständig aus dem Gesunden auszuschneiden, ist bei fortgeschrittenen Fällen oft nicht mehr zu bewerkstelligen, da lebenswichtige Organe dem Weg des Messers Halt gebieten.

Wie unbedingt notwendig es ist, alles Verdächtige gründlich zu entfernen und die Grenzen der Operation weit in gesundes Material zu verlegen, zeigen die Folgen des kleinsten, meist gar nicht sichtbaren zurückgebliebenen Geschwulstteilchens: *Das Rezidiv*; das Wiederauftreten der Krankheit nach der Operation in kürzerer oder längerer Zeit. Und gerade dieses Wiederauf-flackern ist eine gefürchtete Eigenschaft des Karzinoms. Oft treten noch lange nach der operativen Entfernung des primären Krebsherdes aus dem Körper Rezidive auf.

Die Rezidive gehen aus zurückgebliebenen Geschwulstkeimen oder aus einer Neuerkrankung des bis dahin gesunden Gewebes hervor. „Der infiltrierende Wachstumsmodus der bösartigen Geschwülste, das Vordringen der Geschwulstzellen in Saftspalten, Lymph- und Blutgefäßen macht es verständlich, daß es für den Chirurgen unmöglich ist, die Grenzen einer malignen Geschwulst gegen die Umgebung mit Sicherheit zu bestimmen. So bleiben also häufig Geschwulstkeime nach der Operation zurück. Aus ihnen können sich dann früher oder später Rezidive entwickeln; wir sprechen von kontinuierlichem Rezidiv, wenn die neue Geschwulst in der Operationsnarbe oder in der nächsten Umgebung derselben auftritt; auch im zeitlichen Sinn wird das Wort gebraucht für ein Rezidiv, das sehr bald nach der Operation, evtl. aus dem noch nicht verheilten Wundboden sich entwickelt. Diskontinuierliche Geschwülste sind die in größerer Entfernung vom Operationsgebiet auftretenden neuen Geschwülste. Manchmal werden auch die zeitlich spät auftretenden Rezidive so genannt. Der Ausdruck „regionäre Rezidive“ wird sowohl für die im Bereich des Operationsgebietes gelegenen, als auch für die

in den regionären Lymphknoten hervortretenden sekundären Geschwulstbildungen angewendet“ (Borst).

Die Gefahr einer Rezidivbildung nimmt mit der zeitlichen Entfernung von der Operation ab. Bleibt ein Patient 3—5 Jahre nach der Operation von einem Rezidiv verschont, so darf man ihn wohl als geheilt betrachten. Selbstverständlich ist damit nicht gesagt, daß nach dieser Zeit nicht doch noch Rezidive vorkommen können. Und gerade beim Karzinom sind Spätrezidive nicht selten. Sogar nach 20 Jahren können z. B. die in der Operationsnarbe eingeschlossenen Zellen eines Lippenkrebses noch ein aggressives Wachstum beginnen. Was sie dazu veranlaßt, ist rätselhaft. Lokale Reizungen (Trauma, Entzündung) sind sicher mitbestimmend. Allgemeine Umstimmungen spielen aber bestimmt auch eine Rolle. Es ist wohl sicher, daß nach Exstirpation vieler maligner Geschwülste Keime zurückbleiben, die nicht zu Rezidiven werden, sondern zu Grunde gehen oder jedenfalls in ihren Lebensäußerungen gehemmt bleiben (Schoene). Vielleicht spielt dabei eine gewisse Autoimmunisation eine Rolle. Stricker hat z. B. die Anschauung vertreten, daß durch die Exstirpation einer Primärgeschwulst der Anreiz zur Antikörperbildung wegfalle; die Autoimmunisation vermindere sich also und deshalb entstünden Rezidive aus zurückgebliebenen Geschwulstzellen. Hingegen führe die Radiumbestrahlung des Primärtumors zu stärkerer Resorption des zerfallenen Geschwulstgewebes; dadurch komme es zur Vermehrung der Abwehrstoffe und Rezidive bleiben deshalb aus. Über die Radiumtherapie sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Die Ansicht Stricker's ist deshalb mit Vorsicht aufzunehmen.

Wir haben vorhin gesehen, daß die Rezidivbildung besonders aus zurückgebliebenen Keimen entsteht; daneben müssen wir aber auch eine solche durch Neuerkrankung ins Auge fassen. „Wir haben Anhaltspunkte dafür, daß bei der Entstehung einer malignen Geschwulst nicht immer gleich der ganze disponierte Gewebsbezirk in die bösartige Wucherung aufgeht. Wir wissen ferner, daß in manchen Fällen die geschwulstbildende Disposition auf ein Gewebssystem ausgedehnt oder im ganzen Organ diffus gegenwärtig sein kann. Diese Erfahrungen eröffnen ein Verständnis für die Rezidivbildung durch Neuerkrankung, wobei auch hier wieder sowohl lokale als allgemeine Faktoren im Spiel sein mögen“ (Borst). Sehr späte Rezidive werden gern auf Neuerkrankungen bezogen, obwohl sie, wie wir gesehen haben, auch aus zurückgebliebenen Keimen entstehen können. Rezidive können am Ort der entfernten Primärgeschwulst oder auch an dem der nächstgelegenen Metastasen, z. B. Drüsen, auftreten. Das ist — wie wir im folgenden sehen werden — nicht ohne Bedeutung.

In histologischer Hinsicht gleichen die Rezidive den exstirpierten Primärgeschwülsten. Manchmal sind die Rezidive von geringerer Differenzierungshöhe. Im Folgenden soll über die Rezidive der Lippenkarzinome Näheres berichtet werden.

Aus der Gesamtstatistik Borrmanns kann man über die Verteilung und Häufigkeit der Gesichtskarzinome ersehen, daß am wenigsten das Kinn, immer häufiger die Oberlippe, die Schläfe, das Ohr, die Wange, die Lider, die Nase und am meisten die Unterlippe befallen wird. Letztere erscheint mit 45,6 % als Hauptort des Gesichtskrebses überhaupt. Dabei ist auffallend, daß bei den Unterlippenkarzinomen fast nur das männliche Geschlecht betroffen ist; und davon sind weitaus die meisten im Freien beschäftigt, Landwirte, Fuhrleute und ähnliche. Dieser Umstand gab zu verschiedenen Anschauungen über die Entstehung des Lippenkrebses Anlaß. Aus Borrmanns Statistik erkennen wir, daß die Lippenkarzinome und hier wieder die der Unterlippe überhaupt eine erste Rolle unter den bösartigen Epithelgeschwülsten spielen.

Der Verlauf und die Prognose des Lippenkrebses ist an sich nicht günstig, da es sich dabei gewöhnlich um die tiefgreifende Form des Gesichtskrebses handelt. Schnelles Ausbreiten, baldiges Befallenwerden der Lymphdrüsen (Submental = Submaxillargegend), Übergreifen auf den Unterkiefer und die in der Nähe liegenden wichtigen Organe erhärten die ungünstige Prognose. Andererseits ist die exponierte Lage der Lippe und die bald erkennbare Veränderung an ihr ein äußerst günstiger Faktor für die Frühdiagnose. Und wie wichtig es ist, die Anfänge der Krebsbildung zu erkennen, ersieht man erst, wenn man überlegt, daß die einzig erfolgreiche Behandlung die gründliche Exzision ist. Und gründlich ausräumen kann man nur in den Anfangsstadien, wenn man dem Patienten ein möglichst funktionstüchtiges Kauorgan belassen will. Wohl sind schon große Eingriffe mit einschneidenden Resektionen des Kieferknochens zu rezidivloser Heilung gekommen; aber mit der Größe des Eingriffs wächst die Möglichkeit der Rezidivierung. Gelingt es, den krebigen Herd eines Hautkarzinoms richtig auszuschneiden, so folgen Rezidive an Ort und Stelle in den seltensten Fällen (Borrmann in 4,5 %). Das Messer ist also das beste Heilmittel. Bei den unblutigen Verfahren kommen sehr häufig durch die leicht zu erzielende Überhäutung Scheinheilungen mit bald nachfolgenden tiefen, oft inoperablen Ulzerationen zustande.

Am ehesten wird die Krebsinfiltration den vorgezeichneten Bahnen folgen und so ist es verständlich, daß wir die entferntesten Vorposten vom eigentlichen Herd in den Lymphbahnen und Lymphdrüsen zu suchen haben und auch tatsächlich finden. Die Lymphe ist das gefährliche Transportmittel für die Krebs-

zellen, sie verschleppt diese heimtückischen Zerstörer in die Drüsen, wo sie dann weiter wuchern und Tochterherde entstehen lassen. Dank der regionären Anordnung der Lymphwege und Lymphknoten ist auch eine regionäre Verbreitung des Krebses zu verzeichnen. Da nun die Drüsen einer Gruppe durch lymphatische Anastomosen im Zusammenhang stehen, so wird die Schädigung einer Gruppe auch die einer andern nach sich ziehen. Oft gehen einige Lymphstränge an einem Lymphknoten vorbei und ziehen unmittelbar zu entfernteren hin. Nicht selten ist sogar eine Kreuzung der Lymphwege von einer zur anderen Körperhälfte, somit auch eine Metastasenkreuzung zu beobachten.

Aus obigen Betrachtungen heraus wird man gut tun bei allen Operationen, auch bei flachen Hautkrebsen, fühlbare Lymphdrüsen der Submental- und Submaxillargegend zu entfernen. Oft handelt es sich um kleine, aber doch harte Drüsen, welche in der Submaxillargegend dicht an der Arteria maxillaris externa sitzen. Bei tiefgreifenden Krebsen besonders der Unterlippe ist es unbedingt notwendig, nicht nur fühlbare Lymphdrüsen zu entfernen, sondern stets in ausgedehnter Weise das ganze Gebiet der benachbarten Drüsen auf beiden Seiten am Unterkinn und am Hals freizulegen und auszuräumen. Sicher sind bei richtig ausgeführter Operation gute Heilungsergebnisse zu erzielen. Andererseits ist bekannt, daß fast bei keiner Erkrankung so leicht und so häufig Rezidive auftreten, wie gerade bei den bösartigen Geschwülsten und hier besonders bei den Karzinomen.

Verhältnismäßig am häufigsten sieht man unter den operierten Gesichtskrebsen Rezidive bei Unterlippenkrebsen. Die Schuld daran trägt nicht nur die oft große Ausdehnung des Primärtumors, sondern auch die früh befallenen und oft rezidivierenden Lymphdrüsen. Dabei treten Rezidive sowohl lokal an der Operationsnarbe und auch peripher in den Lymphdrüsen auf.

Wo und wann Rezidive beim Lippenkrebs sich entwickeln, läßt sich aus verschiedenen Berichten entnehmen, die im Folgenden kurz zusammengefaßt sind. Wir werden dann die Ergebnisse mit denen der chirurgischen Klinik des Luitpoldkrankenhauses in Würzburg vergleichen. Leider liegen die Zeitabschnitte unserer Untersuchungen — sie erstrecken sich über die Jahre 1917 bis 1928 — und die der anderen Kliniken — 1860 bis 1905 — etwas weit auseinander, was bei der Schlußbetrachtung und Beurteilung wohl zu beachten ist.

Die am weitesten zurückliegenden Fälle hat Koch gesammelt. Er hat die in den Jahren 1860—1880 in der Erlanger Klinik zur Behandlung gekommenen Lippenkarzinome und zwar nur die der Unterlippe zusammengestellt. 145 Fälle standen ihm dabei zu Gebote. Davon entfallen 132 auf das männliche, 13 auf das weibliche Geschlecht. Das Maximum seiner Fälle betrifft das

Alter von 60—70 Jahren. Von diesen 145 Unterlippenkarzinomen, die in der Erlanger Klinik zur Behandlung kamen, waren 131 primäre, 14 Rezidive.

Geheilt verließen nach der ersten Operation das Krankenhaus	115 Patienten
Ungeheilt (d. h. mit einem Rezidiv, das in der Wunde noch vor der Vernarbung entstand)	4 „
Verstorben sind an der Folge der Operation	<u>12</u> „
	131 Patienten.

Von den 115 geheilt Entlassenen kamen 9 mit Rezidiven wieder. Unter ihnen befanden sich 4, bei denen der primäre Tumor bei der Operation noch auf die Unterlippe beschränkt gewesen war. Bei diesen war das Rezidiv in einem Fall bald nach der Entlassung, im zweiten Fall 3 und im dritten Fall 10 Monate danach entstanden. Vom vierten Fall ist die Zeit nicht bekannt. Bei zweien handelt es sich um ein lokales, bei den beiden anderen um Drüsenrezidive; und zwar war einmal die Submaxillaris, ein andermal fast sämtliche Drüsen am Hals bis zum Jugulum ergriffen. Nur der eine Fall — Rezidiv in der Submaxillaris — ist mit Erfolg operiert worden. Alle anderen sind an ihrem Rezidiv gestorben. Von den 5 übrigen mit Rezidiven wiedergekehrten Kranken hatte die Operation der primären Tumoren größere Dimensionen erreicht.

Und zwar war einmal bei der ersten Operation eine große Plastik zur Deckung des Defektes nötig. An den Nahtstellen entwickelten sich nach einem halben Jahr mehrere Rezidive. Der Sekundärtumor war fest mit dem Knochen verwachsen. In der Regio submentalalis war eine haselnußgroße Drüse zu fühlen. Der Tumor wurde ohne Erfolg exstirpiert. Ein andermal traten nach 1½ Jahren mehrere Rezidive auf und zwar ein großes lokales, das mit dem Knochen fest verwachsen war; ferner waren in der Unterkinngegend 3 erbsengroße Drüsen, in der linken Unterkiefergegend eine haselnußgroße Drüse zu fühlen. Patient starb 3 Tage nach der Operation. Der dritte Fall zeigt nach einer partiellen Kieferresektion nach einem Jahr ein lokales Rezidiv und eine verhärtete Glandula sublingualis sinistra. Patient mußte ungeheilt entlassen werden. Der vierte Fall stellt ein rein lokales Rezidiv dar, das 9 Monate nach der ersten Operation auftrat und sich in 2 Monaten über den ganzen rechten Unterkiefer ausdehnte. Auch dieser mußte ungeheilt entlassen werden. Im fünften Fall trat nach einem halben Jahr ein Rezidiv in der Operationsnarbe auf. In der Unterkinngegend eine haselnußgroße

Drüse. Die Submaxillargegend war frei. Patient konnte nach Operation geheilt entlassen werden.

Von den 106 Fällen, die nach der Operation des primären Tumors geheilt entlassen wurden und nicht mehr zur Untersuchung kamen, ist Folgendes in Erfahrung gebracht worden:

Gestorben sind	53	Kranke
an Rezidiv	23	„
an anderen Krankheiten	36	„
Am Leben befinden sich noch	42	„
mit Rezidiv	3	„
ohne Rezidiv	39	„

Von 11 Patienten konnte nichts ermittelt werden.

Was die auswärts an Rezidiven Gestorbenen betrifft, so war ein Fall auswärts noch einmal operiert worden, aber ohne Erfolg. 22 starben nach der ersten Operation im Minimum von 3 Monaten, im Maximum von 60 Monaten, im Durchschnitt nach 18,05 Monaten. Die meisten starben innerhalb der nächsten 1½ Jahre.

Bezüglich der Frage, wann und wo sich die Rezidive entwickelten, konnte Folgendes festgestellt werden:

Die Rezidive hatten sich 11 mal an der Unterlippe wieder gezeigt, in 2 Fällen nahmen sie Lippe, Wange und Unterkiefer ein; in einem Fall saß das Rezidiv am Unterkiefer fest, „der förmlich verfaulte“. Einmal soll eine Geschwulst im Rachen entstanden sein. Ein andermal hatte sich gleichzeitig mit dem Rezidiv an der Wange ein Ballen unter dem Kinn gebildet. Bei einem weiteren Patienten zeigte sich 11 Monate nach der Operation eine Drüsengeschwulst am Halse und dann eine Geschwulst an der Wange. „Der Schlund wurde dabei so zerfressen, daß Speise und Trank ausfloß.“ Viermal war die Sekundärgeschwulst gleich nach der Entlassung, einmal ½ Jahr nach der ersten Operation wiedergekehrt, einmal nach ¾ Jahr und einmal nach 2 Jahren. In den übrigen Fällen konnte über die Zeit nichts ermittelt werden. Das primäre Karzinom war in diesen Fällen 13 mal auf die Unterlippe beschränkt gewesen; in zwei Fällen hatte es bereits auf die Wangenweichteile übergreifen und 4 mal war der Unterkiefer betroffen. Die Exstirpation war in 3 Fällen mittels bogenförmigen, in 4 Fällen mittels keilförmigen Schnittes ausgeführt worden; in 8 Fällen war das Karzinom einfach in gehöriger Entfernung von der Grenze umschnitten worden; 4 mal waren am Unterkiefer teils die Kontinuität trennende, teils dieselbe erhaltende Resektionen gemacht worden. In 9 Fällen waren auch vergrößerte regionäre Lymphdrüsen exstirpiert worden.

Bei den 3 mit Rezidiven lebenden Patienten sind einmal 12 Jahre 10 Monate (zweifelhaft, ob es sich um ein Rezidiv handelt),

einmal 1 Jahr 11 Monate und einmal 4 Monate seit der Operation des primären Tumors verstrichen. Im ersten Fall handelt es sich vielleicht um ein lokales, sehr langsam wachsendes Rezidiv. In den beiden anderen Fällen um Rezidive der regionären Lymphdrüsen. Bei dem einen der beiden letzteren war in der rechten Unterkiefergegend eine verhärtete Drüse entfernt worden, trotzdem bildete sich hier der Sekundärtumor. Bei dem andern waren wohl verhärtete Drüsen konstatiert worden, der Patient erschien aber nicht mehr zur Behandlung.

Von den 30 Kranken, die nachweislich ohne Rezidive an irgend einer anderen Krankheit gestorben sind, hatten 28 bei der Operation ein verhältnismäßig wenig ausgebreitetes Karzinom. In der Mehrzahl der Fälle war demnach auch die Operation von geringem Umfang; 13 mal bestand sie in keilförmiger Exzision; 16 mal war das Karzinom in gehöriger Entfernung von seinen Grenzen entsprechend umschnitten worden; einmal mußte der Unterkiefer reseziert werden. Nur 5 mal waren vergrößerte Drüsen exstirbiert worden.

Wenn wir entscheiden wollen, wieviel der 131 in der Erlanger Klinik in Behandlung genommenen primären Karzinome wir als günstig, wieviel wir als ungünstig verlaufen bezeichnen wollen, so müssen wir zuerst 12 Patienten ausscheiden, die infolge der ersten Operation gestorben sind, und 14 weitere, über deren endgültiges Schicksal nichts mehr in Erfahrung gebracht werden konnte. Von den übrigen 105 Fällen waren:

Von ungünstigem Verlauf	36 Fälle
Von absolut günstigem Verlauf (über 5 Jahre rezidivfrei)	28 „
Von relativ günstigem Verlauf (3—5 Jahre rezidivfrei)	16 „
Von noch unbestimmtem Verlauf	<u>25</u> „
	105 Fälle.

Zu den ungünstig verlaufenen gehören: 3 Patienten, die mit Rezidiv wiedergekommen sind und in der Folge der Rezidivoperation gestorben sind; 29 Patienten, welche an Rezidiv auswärts gestorben sind, und 4 Patienten, die mit Rezidiven behaftet noch am Leben sind.

Was die Zahl der bei diesen 36 Patienten gemachten Operationen anbetrifft, so wurden im ganzen 42 ausgeführt und zwar: 36 erste und 6 zweite Operationen. Dabei hatten die primären Karzinome der 36 ungünstig verlaufenen Fälle teilweise schon umfangreiche erste Operationen erfordert; die zweiten waren

alle, soweit sie noch gemacht werden konnten, von beträchtlicher Größe.

Als absolut günstig verlaufen bezeichnet Koch nur die Fälle, bei denen mindestens 5 Jahre nach der Operation verstrichen sind, ohne daß sich Rezidive einstellten. Thiersch gibt an, daß ein Zeitraum von $3\frac{1}{2}$ Jahren nach der ersten Operation noch keine Garantie für eine absolut günstige Prognose abgebe und Koch hat einen Fall zu verzeichnen, wo noch im 5. Jahr nach der ersten Operation der Tod durch ein erstes Rezidiv erfolgte. Koch enthebt die Patienten, die noch nicht 5 Jahre nach der Operation ohne Rezidiv leben, nicht aller Sorge vor Rezidiven. Da jedoch, wie es scheint, nach Ablauf von 3 Jahren nach der Operation nur noch selten Rezidive entstehen, so trägt er kein Bedenken, als relativ günstig noch die Fälle anzusehen, bei denen mindestens 3 Jahre nach der Operation rezidivfrei verstrichen sind oder beim Tod des Patienten verstrichen waren. Thiersch hatte nach dieser Frist (3 Jahre) nur noch in 2 Fällen Rezidive auftreten sehen und Koch zählt auch nur 2 Fälle auf, bei denen der Tod innerhalb der nächsten 3—5 Jahre an Rezidiv erfolgte. Vielleicht ist aber bei diesen späteren Rezidiven an eine Neuerkrankung in der nächsten Nähe des ersten Herdes zu denken, wie wir es weiter vorn dargestellt haben; jedoch ist nicht zu vergessen, daß gerade beim Karzinom Rezidive oft sehr spät erscheinen.

Bei den 28 günstig verlaufenen Fällen waren in überwiegender Mehrzahl relativ kleine Eingriffe nötig, zweimal nur wurden auch Drüsen entfernt. Auffallend ist, daß unter den günstig verlaufenen Fällen nur ganz selten Drüsen exstirpiert worden sind. Koch berichtet, daß erst in späteren Jahren regelmäßig bei der Operation die Drüsen auch entfernt wurden.

Die 4 mit Rezidiven noch lebenden Patienten haben seit der ersten Operation $2\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$, 6 und 10 Jahre zurückgelegt. Der Umstand, daß ein Patient erst nach 10 Jahren mit Rezidiv zur Behandlung kam, könnte die oben aufgestellte Ansicht, daß diejenigen Fälle als absolut günstig verlaufen zu betrachten seien, bei denen sich 5 Jahre nach der Operation kein Rezidiv mehr eingestellt hat, hinfällig erscheinen lassen. Koch glaubt jedoch das oben Behauptete gelten lassen zu können und den erwähnten Fall als Ausnahmefall betrachten zu müssen. Übrigens berichtet auch Winniwarter von einem ähnlichen Ausnahmefall, in dem nach 9 Jahren ein Rezidiv auftrat.

Um einen Überblick über den Sitz und die Ausdehnung aller in der Erlanger Klinik beobachteten Rezidive nach Unterlippenkrebsoperationen zu geben, sei hier Koch's Tabelle angeführt:

<i>Sitz der Rezidive</i>	<i>Rezidive</i>	
	erstes	zweites
In der Wunde vor der Vernarbung	4	1
Unterlippe an od. neben der Narbe	6	1
Gesichtsweichtheile	1	—
Gesichtsweichtheile u. Unterkiefer	6	1
Unterkiefer ohne besondere Beteiligung der Weichtheile	4	—
Unterkieferdrüse	3	—
Hals und Gesichtsweichtheile	—	1
Gesichtsweichtheile u. Unterkiefer	—	1
Hals-, Gesichtsweichtheile u. Unterkiefer	1	—
Hals- u. vordere Thoraxgegend	1	—
Summa	27	5

155 Operationen wurden an 145 Patienten in der Erlanger Klinik ausgeführt. Nur in 44 Fällen wurden die regionären Lymphdrüsen exstirpiert. Dabei ist auffallend, daß ein eigentliches Unterkieferdrüsenrezidiv nur 3 mal erwähnt ist.

Nach Zusammenstellungen von Weber, Thiersch, Bergmann, Billroth, Winniwarter, Fischer, Partsch hat Wörner von der Tübinger Klinik die Lippenkarzinome auf 32,4 % aller chirurgisch zugänglichen Karzinome und auf 54,5 % der im Gesicht und an der Kopfschwarte vorkommenden Karzinome berechnet. Trotzdem ist das bis dahin (1880) gesammelte Material nicht ausreichend, um über den endgültigen Wert der Lippenkrebsoperation, insbesondere über die Rezidivfähigkeit und radikale Heilung ein abschließendes Urteil zu gestatten.

Wörner verfügt über ein sehr beträchtliches Material, 305 Fälle, von denen 277 operiert worden sind; sie erstrecken sich über die Jahre 1845—1885.

Von diesen 305 Kranken waren

275 Männer = 90,15 %

30 Weiber = 9,8 %.

Das Durchschnittsalter war 62,3 Jahre. Das Maximum lag wieder zwischen 60—70 Jahren.

Von den 305 Lippenkrebsen treffen 289 auf die Unterlippe, 16 auf die Oberlippe. Von den 16 Oberlippenkrebsen fallen 5 auf weibliche Individuen.

Was die Drüsen anbetrifft, so ist das Ergebnis leider nicht ganz zuverlässig, da erst in den letzten Jahren viel genauer auf vorhandene Drüsenschwellung geachtet wurde. Nach Wörners Angaben sind umso sicherer infiltrierte Drüsen vorhanden, je länger das Karzinom besteht. Jedoch sind in den letzten Jahren in der Bruns'schen Klinik bei ganz kurz bestehenden Lippen-

krebsen kleine Drüsen gefühlt und wenn sie nicht zu fühlen waren, häufig durch eine Inzision doch noch nachgewiesen worden. Ob die geschwollenen Drüsen immer karzinomatös sind, ist freilich nicht sicher; viele Fälle, die in früherer Zeit operiert worden sind, und wo trotz vorhandener Drüsenschwellung die Entfernung derselben nicht vorgenommen wurde und keine Rezidive aufgetreten sind, beweisen das aufs deutlichste. Im allgemeinen sind je nach dem Sitz des Krebses auch bestimmte Drüsengruppen infiltriert; jedoch ist das durchaus keine gültige Regel, da sehr oft bei einem kleinen Karzinom in der Mitte der Lippe außer den Submentaldrüsen auch andere Drüsengruppen befallen sein können; was das später auftretende Drüsenrezidiv lehrt.

Von den 305 Fällen finden wir über 123 sichere Angaben. Drüsenschwellung fehlte 32 mal. Am häufigsten waren die Submentaldrüsen infiltriert, dann folgen die Submaxillardrüsen jeder Seite für sich, dann die sämtlichen Drüsengruppen in den verschiedenen Kombinationen miteinander.

Bei der Zusammenstellung der Rezidive hat Wörner 33 auswärts operierte Fälle vorausgestellt, von denen 32 mit Rezidiven in die Tübinger Klinik kamen. Davon waren

$$\begin{aligned} 29 \text{ lokal} &= 90,0 \% \\ 3 \text{ Drüsenrezidive} &= 9,4 \%. \end{aligned}$$

Unter diesen 32 Rezidiven waren 26 erste und 6 mehrfache. Die ersten Rezidive traten meist im Laufe des ersten Jahres auf (84,6 %).

Ob nun die größere oder geringere Vollkommenheit der Operation, die häufig von Wundärzten auf dem Lande ausgeführt worden war, einen Einfluß auf die große Zahl der lokalen Rezidive hatte, läßt Wörner dahingestellt. Naheliegend ist der Gedanke, wenn man die hohe Zahl der lokalen Rezidive der auffallend kleinen Zahl der Drüsenrezidive gegenüberstellt.

Von 277 in der Tübinger Klinik operierten Kranken wurden 131 Individuen von 162 Rezidiven befallen. Mehrfache Rezidive traten bei 21 Kranken und zwar 31 an der Zahl auf.

Die Zeit der Entstehung der ersten Rezidive:

Im Anschluß an die Operation	16
Nach 4—6 Wochen	37
„ $\frac{1}{4}$ Jahr	9
„ $\frac{1}{2}$ Jahr	14
„ $\frac{3}{4}$ Jahr	4
„ 1 Jahr	9
„ mehreren Jahren	13
„ unbekannt	9

111

Weitaus die meisten wurden im ersten Jahr nach der Operation beobachtet, nämlich 87,2—89 %. In einem Fall blieb der Kranke 9 Jahre von seinem Leiden befreit. Erst dann trat ein lokales Rezidiv auf, nach dessen Exstirpation der Patient bis zu seinem Tod geheilt blieb.

Von den 129 Rezidiven betrafen:

Die Lymphdrüsen allein	49
Die Lippe (lokal)	49
Die Lippe und Drüsen	18
Unbestimmt	6
Unterkieferknochen	5
	127

Dabei waren nur in 12 Fällen bei der ersten Operation die infiltrierten Drüsen entfernt worden. In diesen 12 Fällen waren dann die Rezidive 7 mal lokal, 5 mal in den Drüsen und zwar waren 2 mal dieselben, 3 mal andere Drüsengruppen ergriffen. 11 mal ist ganz bestimmt angegeben, daß geschwollene Drüsen stehen gelassen worden waren und in allen diesen Fällen hat sich das Karzinom in den Drüsen weiter entwickelt. 80 Individuen sind dem ersten Rezidiv erlegen, 19 wurden mehrmals operiert. Die ersten Rezidiven traten 13 mal kontinuierlich, sonst durchschnittlich nach 6,3 Monaten auf.

Vergleichen wir die Tabellen der Erlanger und Tübinger Klinik über den Sitz der Rezidive, so ist auffallend, daß hier unter 32 Rezidiven weitaus die meisten lokal (16) und im Anschluß an lokale Rezidive (9) auftraten und nur 7 Drüsenrezidive, darunter nur 3 eigentliche Unterkieferdrüsenrezidive. Während in der Tübinger Klinik die lokalen und Drüsenrezidive sich die Wage halten, 49 zu 49, und 18 mal lokales und Drüsenrezidiv zusammen erschienen. Dabei ist zu bemerken, daß hier wie dort in den wenigsten Fällen Drüsen entfernt wurden. In beiden Kliniken ging man erst in späteren Jahren dazu über. Hier wie dort werden Fälle mitgeteilt, wo Drüsen konstatiert, aber nicht entfernt wurden, und trotzdem die Kranken rezidivfrei geblieben sind. Dabei scheint es sich wohl um entzündliche Drüsenschwellung gehandelt zu haben.

Auf 19 mehrfach operierte Fälle kommen 46 Rezidive und zwar auf 15 Fälle je zwei, auf 2 Fälle je 3, auf einen Fall 4 und auf einen Fall 6 Rezidive. Die mehrfachen Rezidive entwickelten sich im allgemeinen etwas rascher als die ersten und zwar war der Verlauf an der Oberlippe etwas langsamer als an der Unterlippe.

22 Rezidive waren lokal, 21 in den Drüsen, 3 lokal und in den Drüsen. War das erste Rezidiv in den Drüsen, so entwickelten

sich auch die nachfolgenden dort, entweder in der gleichen Drüsengruppe, oder in einer anderen.

Bei mehrmaligen Rezidiven konnte auch die ausgedehnteste Operation die Weiterentwicklung des Krebses nicht aufhalten. Was die Prognose der Rezidive anbelangt, so kann man sagen, daß sie mit jedem weiteren Rezidiv schlechter wird. „Sind einmal große Drüseninfiltrationen eingetreten, so ist kaum mehr auf Heilung zu hoffen.“ (W ö r n e r.) Von 16 Kranken, bei denen 22 Drüsenrezidive exstirpiert worden waren, sind 12 am Rezidiv gestorben. Es sind also bei 12 von 16 Fällen meist kurze Zeit nach der Exstirpation des Drüsentumors inoperable Rezidive aufgetreten.

87,2% der Rezidive traten im Laufe des ersten Jahres und nur 12,7% nach einem und mehreren Jahren auf. Im Durchschnitt nach 11,16 Monaten. Es ist also wohl gerechtfertigt, diejenigen Fälle mit Sicherheit als geheilt zu betrachten, die mindestens 3 Jahre von einem Rezidiv verschont geblieben sind, obwohl in seltenen Fällen nach 4,5 und sogar nach 9 Jahren Rezidive auftreten können. Wenn wir alle Fälle, deren Heilungsdauer noch nicht 3 Jahre erreicht hat, von der Berechnung ausnehmen, so haben wir für die Bruns'sche Klinik im ganzen 106 sichere über 3 Jahre dauernden Heilungen = 38,2% der Operierten und 54 bis zu 3 Jahren dauernde Heilungen = 19,5%. Die Gesamtzahl der Geheilten beträgt somit 57,7% der Operierten.

Von den 277 operierten Kranken sind

an Rezidiv gestorben	99 = 37,73%
an der Operation gestorben	16 = 5,77%
ohne Rezidiv an anderen Krankheiten gestorben	71 = 25,63%
gesund lebend	89 = 32,13%
mit Rezidiv lebend	2 = 0,73%

W ö r n e r schließt seinen Bericht mit folgenden Worten: „Ob durch die primäre Exstirpation der Drüsengruppen, die man nach dem Sitz des Karzinoms als wahrscheinlich infiltriert ansehen kann, die Rezidive, oder vielmehr das Weiterentwickeln des Krebses in den Drüsen, mit größerer Sicherheit vermieden werden können, ist nach unserem Material leider noch nicht zu entscheiden, da erst seit wenigen Jahren die Drüsen bei der ersten Operation regelmäßig entfernt werden und die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. Bei der wenig eingreifenden Operation und der Unmöglichkeit, die bösartige von rein entzündlicher Schwellung zu unterscheiden, ist es jedenfalls anzuraten, die geschwellten Drüsen möglichst vollständig zu entfernen und selbst, wenn sie nicht durch die Haut zu fühlen sind, nach denselben durch einen Hautschnitt zu suchen. Möglicherweise werden dann, wie es in den Fällen der letzten Jahre schon

den Anschein hat, die Rezidive noch seltener und die Resultate besser.“ Heute wissen wir, daß sich diese Ansicht bestätigt hat. Denn tatsächlich sind seit der Zeit, wo man regelmäßig auch die Drüsen mitentfernt, die Erfolge bedeutend besser geworden.

Eine Zusammenstellung der Lippenkrebs der Göttinger Klinik aus den Jahren 1875—1895 hat Fricke abgefaßt. Von seinen 126 Fällen starben 33 an Rezidiv und zwar 10 an Erkrankung der Unterkieferdrüse und 2 der Unterkieferdrüsen. An den Lippen selbst trat ein Rezidiv nur dreimal auf. 3 Kranke starben an Magenkrebs (ärztlich bezeugt), 5 an Schluckstörungen (bei einem handelte es sich nach ärztlicher Diagnose um Oesophaguskrebs), einmal schienen die Glandulae cervicales profundae ergriffen zu sein. („Auf der Vorderfläche der Schulter zeigte sich ein Geschwulst.“)

Mit Erfolg sind in der Göttinger Klinik 69 = 55,7% operiert worden. Fricke stellt zusammen:

- 8% starben an den Folgen der Operation,
- 32% erhielten ein Rezidiv,
- 60% wurden dauernd geheilt.

Von den 126 Fällen sind 15 mehrmals operiert worden; einer starb an der Operation, 5 sind mit Rezidiv — 3 lokal, 2 in den Drüsen — gestorben. Einer lebt mit Rezidiv, 7 sind also ohne Erfolg operiert worden. Diesen stehen 8 mit Erfolg Operierte gegenüber. Fricke glaubt auf Grund der Erfahrungen aus der Göttinger Klinik sagen zu dürfen:

1. „Der Krebs der Kiefer schließt wirkliche Heilung fast vollständig aus. (Ausgedehnte Operationen sind zwecklos).
2. Krebs der Lymphknoten verschlechtert die Aussicht auf Heilung erheblich.
3. Der größeren Ausdehnung der Lippengeschwulst entspricht auch eine etwas schlechtere Prognose“.

In den letzten Jahren wurden in der Göttinger Klinik bei sämtlichen Unterlippenkrebsoperationen die Lymphdrüsen auf beiden Seiten mitentfernt. Ja, man hat damals schon, also etwa um 1893, „die nicht selten infektiöse Lymphknötchen bergenden submaxillaren Speicheldrüsen exstirpiert“. Fricke glaubt darauf die guten Dauererfolge zurückführen zu dürfen.

Ein Bericht aus der Prager Klinik liegt von Ebel vor. Er enthält über 180 Fälle, die in den Jahren 1895—1903 dort wegen Lippenkrebs zur Behandlung kamen. 4 Patienten sind an den Folgen der Operation gestorben. In 32 Fällen konnte über das weitere Schicksal keine Nachricht erlangt werden. Danach stellt Ebel zusammen:

I, Ohne Erfolg Operierte:

1. An den Folgen der Operation gestorben	4 = 2,8%
2. Mit Rezidiv gestorben	15 = 10,5%
3. Mit Rezidiv lebend	3 = 2,1%

zusammen: 22

II. Mit Erfolg Operierte:

1. Ohne Rezidiv gestorben	19 = 13,3%
2. Ohne Rezidiv lebend	102 = 71,3%

Ebel glaubt, ihre guten Heilungserfolge auf die besondere Operationsmethode, die in der Prager Klinik zur Anwendung gelangt, zurückführen zu können: „Ich kann es nicht unterlassen, hier auf die günstigen Resultate hinzuweisen, welche die Methode der Visierlappenplastik ergibt; die Vorteile derselben werden noch augenfälliger, wenn man bedenkt, daß dieselbe in der Klinik Wölflers zumeist bei ausgedehnten Unterlippenkarzinomen zur Anwendung kam. Es liegt auf der Hand, daß die Operation am Knochen leicht ausgeführt werden kann, wenn die Methode der Visierlappenplastik nach Wölfler angewendet wird.“

Der Ansicht Fricke's, „ausgedehnte Operationen am Kieferknochen sind zwecklos“, stellt Ebel die guten Resultate der Prager Klinik nach weitgehenden Resektionen am Unterkieferknochen entgegen und hält sie bei fortgeschrittenen Fällen für unbedingt indiziert.

Der Zeitpunkt für das Auftreten der ersten Rezidive schwankt nach Ebel's Angaben zwischen einigen Wochen und 35 Monaten. Die zweiten Rezidive zeigten sich nach 3 bis 12 Monaten. Im Durchschnitt berechnet er die Zeit seit der Operation bis zum Auftreten der Rezidive auf ein Jahr drei Monate. Im ganzen traten die mehrfachen Rezidive etwas früher auf als die ersten, was mit den meisten Statistiken übereinstimmt. Mit Ausschluß der Spätrezidive gelangten in der Prager Klinik 24 Rezidive zur Beobachtung; unter Hinzurechnung von 4 zweiten und einem dritten Rezidiv 29, d. i. 16,8% bzw. 20,2% Rezidive auf 143 vollends bekanntgewordene Resultate. So bestätigten auch diese Zahlen die Abnahme der Rezidive in den letzten Jahren.

Dem Auftreten nach handelte es sich um ebensoviele lokale wie Drüsenrezidive. In prognostischer Hinsicht gibt auch Ebel den lokalen die besseren Aussichten. „Die Gefahr, die in den Drüsenrezidiven liegt, wird von allen Autoren betont. Konsequenterweise wurde deshalb von allen neueren Operateuren die Forderung aufgestellt, bei der Operation des Unterlippenkrebses auch die regionären Lymphdrüsen zu entfernen.“ „Es kann auch dann, wenn die zurückgebliebenen Drüsen bereits karzinomatös infiltriert sind, der Zustand latent bleiben, um erst nach Jahren

wieder aufzuflackern.“ (Trendelenburg.) Trendelenburg selbst hat einen Wachstumsstillstand bis zu 5 Jahren beobachtet. Die Endresultate der Prager Klinik waren folgende:

Vom Jahre 1895—1900, also bis vor mehr als 3 Jahren, wurden wegen Unterlippenkrebs an der Wölfler'schen Klinik 112 Patienten operiert. In 21 Fällen konnte das Endresultat nicht ermittelt werden. Bei Einbeziehung der nicht ermittelten sind 65,2% der Fälle mit Erfolg (3 Jahre nach der Operation), 16 ohne Erfolg operiert worden, 18,8% sind unbekannt.

Den vorausgegangenen Ergebnissen aus früheren Jahren soll nun eine Zusammenstellung der Lippenkrebse folgen, die in den Jahren 1917—1928 in der Würzburger chirurgischen Klinik des Luitpoldkrankenhauses zur Behandlung kamen. Im ganzen verfügen wir über 48 Fälle. Davon entfallen 37 auf Männer, 11 auf Frauen. Im Vergleich zu den anderen Kliniken ist hier die Prozentbeteiligung der Frauen bedeutend höher. Das Durchschnittsalter der Kranken liegt bei 60,8 Jahren.

Von den 48 Lippenkrebsen treffen 43 auf die Unterlippe, 5 auf die Oberlippe. Von den 5 Oberlippenkarzinomen fallen 4 auf Frauen, 1 auf einen Mann.

Was die Rezidive anbetrifft, so müssen wir bei der Beurteilung der Dauerheilung die Zeit berücksichtigen, die seit der Operation verflossen ist. Wenn wir 3 Jahre als Mindestfrist für Dauerheilung annehmen, so dürfen wir die Fälle, bei denen diese Frist noch nicht verstrichen ist, nur als bedingt geheilt betrachten. Da aber über die in früheren Jahren operierten Fälle nur wenig in Erfahrung gebracht werden konnte — die meisten Fragebogen kamen unbeantwortet zurück — ist die Zahl der nachweisbaren Dauerheilungen im Sinne der üblichen Karzinomstatistik sehr gering. Es ist deshalb nicht gut möglich, die Ergebnisse der hiesigen Klinik einwandfrei in Prozenten anzugeben.

Von den 48 Fällen, die mir zur Verfügung stehen, konnte ich nur von 37 genaueren Bescheid über ihr derzeitiges Befinden erhalten. Die Mitteilungen sind mir teils von den betreffenden Patienten selbst, teils von nächsten Angehörigen, teils vom Bürgermeisteramt, teils von dem behandelnden Arzt zugekommen. Verschiedene Patienten konnte ich selbst aufsuchen und mich persönlich nach ihnen erkundigen. Von 11 ist leider keine Nachricht mehr zurückgekommen.

Von den 37 bekannt gewordenen Fällen sind

gestorben	13, davon
an Rezidiv	9
an anderen Krankheiten	4

Von den 4 letzteren starb der eine an Lungenentzündung ein Jahr nach der Operation. Diesen Fall kann man in unserer Berechnung zu den bedingt Geheilten zählen; ein anderer starb an

einem Herzschlag ein Jahr 3 Monate nach der Operation. Auch diesen können wir zu den bedingt Geheilten rechnen. Der dritte starb 7 Jahre nach der Operation — es war dies die zweite Operation am Lippenkrebs — infolge eines Rückenmarkleidens. Wir können diesen Fall ruhig zu den Dauerheilungen zählen. Der vierte starb an Magenkrebs nach 3 Jahren 2 Monaten, also auch Dauerheilung. Über die Todesursache der beiden letzten Fälle liegen ärztliche Zeugnisse vor. Die beiden ersten bescheinigten die betreffenden Standesämter.

Über die neun an Rezidiv Gestorbenen erhielt ich von den Angehörigen teils sehr eingehende Auskunft.

Was die Art und den Sitz der Rezidive anbetrifft, so ist schwer nach den Berichten einwandfrei zu entscheiden, ob ein lokales oder ein Drüsenrezidiv vorliegt. So konnte ich in 3 Fällen leider nicht ermitteln, welcher Art das Rezidiv war. Von diesen starb der eine im zweiten Monat nach der ersten Operation „an den Folgen seines Lippenkrebses“ (Arzt). Der zweite starb im 7. Monat nach der zweiten Operation („die Krankheit hatte sich so verschlimmert, daß der ganze Unterkiefer, Wange und Zunge abgefault war“). Der dritte starb 10 Monate nach der Untersuchung — er war schon mit einem inoperablen Karzinom in die Klinik gekommen und wurde mit dem glühenden Eisen behandelt. Bei 5 hatte das Rezidiv, das zum Tode führte, die Drüsen mit ergriffen. In diesen Fällen erfolgte der Tod:

Einmal 6 Monate nach der 2. Operation,

Einmal 8 Monate nach der 2. Operation,

Einmal 1 Jahr nach der 1. Operation,

Einmal 1 Jahr 5 Monate nach der 1. Operation.

Im ersten Fall erfolgte die erste Operation im Mai 1925; die zweite im Juni 1925. Dabei wurde ein kleines lokales Rezidiv an der Operationsnarbe entfernt. Patient starb im Januar 1926, „nachdem die Wunde immer wieder aufgesprungen war und sich eine dicke Geschwulst unter dem Unterkiefer (Submaxillargegend) gebildet hatte. Die Krankheit fraß immer weiter, so daß der Patient an der Nahrungsaufnahme gehindert wurde.“

Fall 2 wurde 1925 zum ersten Mal und 1927 zum zweiten Mal operiert und zwar wurde damals ein größeres lokales Rezidiv entfernt. Im Februar 1928 trat wieder ein Rezidiv auf, diesmal in den Drüsen der Submentalgegend. 8 Monate nach der Operation starb der Patient; als Todesursache gibt der Arzt Rezidive an sämtlichen Drüsen an. („Sämtliche Drüsen des Unterkiefers wurden der Reihe nach vom Krebs befallen.“)

Im dritten Falle wurde der Kranke im August 1927 operiert, im Januar 1928 kam er mit einem großen lokalen Rezidiv; außerdem waren „viele Drüsen palpabel“. Das Karzinom war damals schon inoperabel. Im August erfolgte dann der Tod.

Bei einem weiteren Patienten wurde im Juli 1927 der Primärtumor exstirpiert; im August 1928 kam er mit vielen Drüsenmetastasen in die Klinik. Er mußte ohne Operation entlassen werden und starb im Dezember 1928.

Von einem reinen Drüsenrezidiv kann nach den vorliegenden Angaben nur in 2 Fällen gesprochen werden, und zwar ist bei dem einen, der dreimal zur Operation kam, ausdrücklich von einem Drüsenrezidiv in der Submentalgegend die Rede, das nach der dritten Operation Rezidive an sämtlichen Unterkieferdrüsen nach sich zog. Bei dem andern handelt es sich um „viele Drüsenmetastasen“ ein Jahr nach der Operation. Bei den übrigen Fällen liegen wohl lokale und Drüsenrezidive zusammen vor, die gemeinschaftlich den Prozeß zum tödlichen Ende führten. Über einen Fall konnte ich nur Unbestimmtes von den Nachbarn erfahren: „Patient ist vor Jahren an Krebs gestorben.“ Den andern, der mit einem inoperablen Karzinom in die Klinik kam und nach der Behandlung 10 Monate später starb, habe ich auch zu den mit Rezidiv Gestorbenen gezählt, weil eine Behandlung mit dem Glüheisen vorgenommen worden war. Von den 9 mit Rezidiv Gestorbenen ist bei dreien nur eine Operation ausgeführt worden, bei einem wurde eine Ausbrennung mit dem Glüheisen versucht. Alle übrigen waren zweimal und einer dreimal operiert worden.

Am Leben sind bis heute

24, davon

mit Rezidiv

1

ohne Rezidiv

23.

Bei dem einen mit Rezidiv Lebenden scheint nach den Angaben des Patienten ein lokales Rezidiv mit Drüsenschwellung vorzuliegen, die der Kranke 2 Monate nach der Operation auftreten fühlte.

An den 23 heute rezidivfrei Lebenden wurden im ganzen 26 Operationen gemacht; 23 erste, 3 zweite. Bei dreien hatte sich also nach der ersten Operation ein Rezidiv eingestellt und zwar nach 2 Monaten, nach 11 Monaten und 2½ Jahren. Zweimal können wir ein lokales Rezidiv an der alten Operationsstelle, einmal ein lokales und Drüsenrezidiv zusammen aufzeichnen. Zwei Patienten dürfen wir als nicht mehr gefährdet bezeichnen, denn bei dem einen sind seit der letzten (zweiten) Operation 4½ Jahre, bei dem anderen 5 Jahre 8 Monate verflossen. Lediglich den einen, der an einem lokalen Rezidiv operiert werden mußte, können wir der Gefahr eines nochmaligen Rezidivs nicht ganz entheben, da die letzte Operation erst vor 1 Jahr 5 Monaten stattgefunden hat. 13 von den 23 ohne Rezidiv Lebenden, bei denen die Operation länger als 3 Jahre zurückliegt, dürfen wir als dauernd geheilt ansprechen. Zu diesen Dauerheilungen müssen wir aber auch 2 Fälle rechnen, die an anderen Krankheiten

gestorben sind, da der eine noch 7 Jahre nach der Lippenkrebsoperation, der andere noch 3 Jahre 2 Monate am Leben blieb.

Zu den bedingt Geheilten gehören 6, die die Operation erst 1 Jahr überlebt haben. Bei ihnen ist die Chance, ein Rezidiv zu bekommen, noch ziemlich groß. Hierher kann man auch 2 an anderen Krankheiten Gestorbene setzen, da seit deren Lippenkrebsoperation einmal 1 Jahr und einmal 1 Jahr 3 Monate bis zum Tode vergangen war.

Auch nach den hiesigen Ergebnissen kann man sagen, daß das lokale Rezidiv nach der Exstirpation bessere Heilungsaussichten aufweist. Von 3 mit Erfolg operierten Rezidiven waren 2 lokal. Meist hatten die Rezidive, die den Tod des Patienten herbeiführten, ihren Sitz in verschiedenen Drüsen. Rein lokal finden wir eigentlich kein Rezidiv, das den Tod bedingte. Gemischt lokal und in den Drüsen sind mehrere mit tödlichem Ausgang aufgezeichnet.

Die Ergebnisse der Würzburger Klinik sind folgende:

Von 37 Kranken, die zur Behandlung kamen, starben:

9 an Rezidiv,

4 an anderen Krankheiten,

zusammen: 13

24 sind am Leben; davon

23 ohne Rezidiv,

1 mit Rezidiv.

Auf 37 operierte Lippenkarzinome kommen 23 relativ günstige Heilungen, davon:

6 bedingte Heilungen (1—3 Jahre)

4 noch unbestimmt (unter 1 Jahr)

13 Dauerheilungen (über 3 Jahre)

seit der
Operation.

Von absolut ungünstigem Ausgang sind 9 (am Rezidiv gestorben).

Von relativ ungünstigem Ausgang 1 (lebt mit Rezidiv).

Über die Rezidivfähigkeit der Lippenkarzinome kann man sich am besten an der Zahl der am Rezidiv Gestorbenen ein Urteil bilden:

Thiersch	hat unter	48 Oper.	34 Todesf.	an Rez.	= 70,8%
Billroth	„ „	30	2	„ „	= 6,6%
Winnewarter	„ „	62	14	„ „	= 22,5%
Koch	„ „	145	27	„ „	= 18,6%
Partsch	„ „	96	31	„ „	= 32,2%
Bergmann	„ „	53	30	„ „	= 56,6%
Bruns'sche Klinik	„ „	277	99	„ „	= 35,2%
Würzburger „	„ „	37	9	„ „	= 25,1%

Die verschiedenen Kliniken berechnen ihre Resultate folgendermaßen:

Winnewarter	hat 58,6%	Heilungen
Fischer	„ 54,0%	„
Partsch	„ 39,4%	„
Bruns	„ 57,7%	„
Wölfler	„ 65,2%	„

Dabei sind neben den Dauerheilungen (über 3 Jahre seit der Operation) auch die bedingt Geheilten (über 1 Jahr nach der Operation rezidivfrei) mitgezählt.

Wenn wir die alten Statistiken von Koch, Wörner, Fricke, Ebel genauer anschauen, so können wir feststellen, daß die Zahl der Dauerheilungen anwächst, als man dazu überging, die Drüsen der Submental- und Submaxillargegend in der Regel mitzuentfernen. Der Prozentsatz stieg um 20 an. Heute liegt die Höchstzahl der Dauerheilungen zwischen 70 und 80%. Wenn die Resultate der hiesigen Klinik nicht ganz so gut sind, so liegt das vielleicht daran, daß uns weniger Fälle zu Gebote stehen und die Prozentberechnung dann nicht einwandfrei sein kann, oder auch daran, daß mir von den Fällen der früheren Jahre nur spärlich Mitteilungen zurückkamen, was den Prozentsatz gerade der Dauerheilungen wesentlich beeinträchtigt. Wenn man bedenkt, daß der Lippenkrebs zweifellos einer jener Krebse ist, welcher früh dem Arzt zur Untersuchung kommt, der ferner äußerst bequem liegt und bei dem deshalb der Prozentsatz für Dauerheilungen sehr viel von der Operationstechnik abhängt, so muß man sich die Frage vorlegen, ob die Endresultate durch Verbesserung der Operationsmethoden nicht doch noch zu steigern sind. Besonders wäre vielleicht eine noch gründlichere Ausräumung der Drüsengenden auch des kleinsten Winkels und noch exakteres Präparieren des Operationsfeldes zu erwägen. („Peinliche Reinigung des Unterkiefers und Kinndreiecks von Fett, Lymph- und Speicheldrüsen zur Erreichung eines reinen anatomischen Präparates, das nur noch Nerven, Gefäße und Muskeln zeigt.“ [B e r e s o w.])

Will man der Gefahr einer Rezidivierung möglichst sicher aus dem Wege gehen, so muß man bei der Operation des Unterlippenkrebses neben den regionären Lymphdrüsen auf beiden Seiten auch die Unterkieferspeicheldrüsen mitentfernen. Fricke hat schon 1893 auf die Notwendigkeit der Speicheldrüsenexstirpation hingewiesen und in neuerer Zeit haben Seifert und besonders B e r e s o w die Entfernung der Speicheldrüsen als ein unbedingtes Erfordernis einer erfolversprechenden Operation hingestellt. Zwar ist die Speicheldrüse nur selten krebsig infiltriert. Aber da in ihr kleine Lymphdrüsen nisten, die vom Krebs befallen werden können, so ist einzusehen, daß diese Forderung zu Recht besteht. Sehr ausschlaggebend ist auch der Umstand, daß man ohne eine Ausräumung der Speicheldrüse die tiefer

gelegenen Lymphdrüsen und Lymphbahnen nicht exstirpieren kann, die oft sehr klein, aber doch schon erkrankt sein können. So hat Beresow in 2 von 20 Fällen eine krebssige Infiltration dieser unter der Speicheldrüse gelegenen Lymphdrüsen gefunden. Dieser positive Befund entscheidet ohne Zweifel für die Notwendigkeit bei Lippenkrebsoperationen die Unterkieferspeicheldrüsen mitzuentfernen. Heute verlangt man von einer exakten Lippenkrebsoperationsmethode: Zur Erhaltung eines übersichtlichen Operationsfeldes und möglichst sicheren Verhütung von Rezidiven müssen bei der Operation des Unterlippenkrebses die regionären submentalen und submaxillaren Lymphdrüsen samt den Unterkieferspeicheldrüsen auf beiden Seiten sorgfältig exstirpiert werden. Vielleicht werden dann bei peinlichster Radikalausräumung noch bessere Heilungsergebnisse erzielt, da die Rezidive nach unseren wie nach den Erfahrungen anderer nicht nur vom Sitz des Primärtumors, sondern mit Vorliebe auch von Drüsenmetastasen ausgehen. So waren von den 9 Kranken unserer Aufstellung, die am Rezidiv gestorben sind, bei 5 die Drüsen mit ergriffen. Einmal saß das Rezidiv in der Submentalgegend, nach seiner Exstirpation zeigten sich in sämtlichen Drüsen des Unterkiefers Sekundärtumoren. Meist waren aber die Submaxillardrüsen infiltriert. Einmal ist von „vielen Drüsenmetastasen“ die Rede, die den Tod des Patienten bedingten. Auch bei dem einen mit Rezidiv lebenden Fall handelt es sich um ein Drüsenrezidiv in der Submaxillargegend. Wir haben also unter 10 Rezidiven 6, die teilweise in den Drüsen ihren Sitz hatten; darunter 2 reine Drüsenrezidive, bei denen jedes lokale Rezidiv fehlte. Bei den andern handelte es sich neben dem Drüsenrezidiv auch um ein Wiederaufflackern des karzinomatösen Prozesses in der Nähe der Operationsnarbe.

Zum Schluß möchte ich nicht verfehlen, Herrn Prof. Dr. Seifert für die lebenswürdige Überlassung des Themas und des Materials zu danken.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich mich bei der Abfassung dieser Arbeit keiner fremden Hilfe bedient und nur die angegebene Literatur benutzt habe.

Lebenslauf.

Geboren bin ich am 2. Oktober 1905 als Sohn des Arbeitsamts-Direktors Georg Brenneis zu Kaiserslautern. Ich besuchte hier die Volksschule und trat im Herbst 1916 in das humanistische Gymnasium ein, das ich im April 1925 mit dem Reifezeugnis verließ. Vom Mai 1925 bis Mai 1927 studierte ich in München Zahnheilkunde. Danach wandte ich mich nach Greifswald und von da nach Würzburg, wo ich am 6. Dezember 1928 mein zahnärztliches Staatsexamen ablegte.

